

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

257

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

**Du rôle de la Restauration Prothétique
DES ARCADES DENTAIRES
pour la guérison**

De certaines Ulcérations Linguales

PAR

PIERRE DIOUDONNAT

Né le 26 Novembre 1886, à Tours (Indre-et-Loire.)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Lauréat, médailles d'argent et de bronze de l'Ecole
de Médecine de Tours.

Président : M. E. GAUCHER, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER - HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e)

1913

7.10

257

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1912

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Du rôle de la Restauration Prothétique

DES ARCADES DENTAIRES

pour la guérison

De certaines Ulcérations Linguales

PAR

PIERRE DIOUDONNAT

Né le 26 Novembre 1886, à Tours (Indre-et-Loire.)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Lauréat, médailles d'argent et de bronze de l'Ecole
de Médecine de Tours.

Président : M. E. GAUCHER, Professeur.

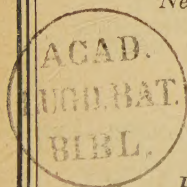
PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER - HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e)

1913



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	{ TEISSIER
Anatomie pathologique.....	LEJARS
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
	ROGER
	{ DEBOVE
Clinique médicale.....	LANDOUZY
	{ GILBERT
	CHAUFFARD
Maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	DEJERINE
	{ PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.....	N.
	{ QUENU
Clinique ophtalmologique.....	RÉCLUS
Clinique des maladies des voies urinaires.....	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	{ BAR
Clinique d'accouchements.....	PINARD
	{ RIBEMONT-DES-
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	GOUGEROT	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GREGOIRE	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GUENIOT	LERI	RETTERER
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	LÆPER	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	LABBE MARCEL	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	MULON	SICARD
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	TINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection éternelles.*

A MA SŒUR

ET

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PRÉFACE

C'est pour nous à la fois un plaisir et un devoir de faire précéder ce modeste travail qui termine nos études médicales, de remerciements à tous ceux qui nous ont aidés au cours des années que nous avons consacrées à faire l'apprentissage de notre profession.

Nous devons tout d'abord exprimer notre profonde reconnaissance au docteur BODIN, qui fut notre premier maître dans l'art de guérir ; près de lui nous avons appris à aimer nos malades et à nous intéresser à eux, pendant les six mois d'externat que nous avons passé dans son service de clinique médicale de l'Hôpital Général de Tours.

Le docteur BARNSBY nous permettra également de le remercier des nombreuses attachantes leçons que nous avons eues le plaisir d'écouter près du lit de ses malades, pendant le temps que nous avons passé dans ses salles.

Nous profitons aussi de cette occasion pour témoigner au docteur MEUNIER et à son suppléant le docteur GODEAU, nos sentiments profonds de gratitude ; nous avons toujours trouvé dans leur enseignement, la science pure unie au

dévouement le plus constant pour l'intérêt des malades confiés à leurs soins.

Nous adressons au docteur ARCHAMBAULT, près de qui nous avons passé six mois d'internat, si intéressants et si instructifs, notre reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'il a toujours bien voulu nous témoigner.

Nous remercions aussi le docteur BAUDOIN qui nous a toujours aimablement accueilli dans son service, et dont nous avons suivi l'enseignement avec le plus vif intérêt.

A la Crèche, nous avons souvent eu le plaisir d'entendre le docteur BOSC et dans les services de clinique, nous avons suivi avec intérêt la visite du docteur MERCIER, du docteur GILLARD et du docteur TILLAYE, ainsi que celle du docteur LAPEYRE auquel nous devons à la fois la reconnaissance de l'élève et du malade.

Nous adressons au docteur THIERRY, nos remerciements sincères pour nous avoir toujours témoigné un vif intérêt et nous avoir reçu à la Maternité avec bienveillance.

Nous remercions nos professeurs de l'Ecole de Médecine de Tours, les docteurs VIALLE, ANDRÉ, PARISOT, le professeur PITARD, le docteur LEDOUBLE (de l'Académie) et particulièrement le docteur WOLFF, directeur de l'Ecole de tout l'intérêt qu'ils ont toujours bien voulu nous porter.

Qu'il nous soit permis de remercier aussi le docteur GUÉRARD, aux cliniques duquel nous avons fréquemment assisté, de nous avoir le premier montré l'intérêt de la spécialité à laquelle nous nous consacrons.

Dans les Hôpitaux de Paris, comme externe, près du docteur ENRIQUEZ à la Pitié, d'abord ; puis à l'hôpital Bretonneau près du docteur BOULLOCHE ; à la Clinique

d'Accouchement Baudeloque, aux savantes leçons du célèbre professeur PINARD et enfin à l'hôpital Lariboisière dans le service du docteur GALLIARD, nous avons toujours trouvé le plus grand désir de nous mettre à la hauteur de notre tâche, par un enseignement de tous les jours, avec un intérêt et une sympathie qui ne sont jamais lassés.

Que tous ces maîtres éminents trouvent ici les sentiments de gratitude les plus sincères de leur élève reconnaissant.

Enfin nous remercions tout particulièrement le docteur RODIER, stomatologiste de l'Hôpital Lariboisière, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous prêter quelques observations des plus intéressantes.

INTRODUCTION

Lorsqu'on recherche dans les traités classiques ou spéciaux, le traitement des ulcérations de la langue d'origine dentaire, on est surpris de ne trouver mentionné que deux groupes de moyens thérapeutiques : *ou bien* l'avulsion des dents irritantes et des soins de bouche banaux ; *ou bien* (en cas d'échec de ces procédés) l'ablation large de la lésion, en vue d'éviter sa transformation possible en cancer.

C'est en partant de cette remarque que nous avons été frappé par la grande importance d'un nouveau mode de traitement préconisé par le Docteur RODIER, stomatologiste de l'hôpital Lariboisière, et qui consiste essentiellement en application d'appareils de prothèse destinés à rétablir artificiellement l'intégrité des arcades dentaires et d'obtenir ainsi la suppression des causes d'irritation incriminées.

Aussi, ayant eu l'occasion, au mois de novembre 1912, d'observer, à la Clinique de l'Ecole de stomatologie, un malade porteur d'ulcérations de la langue, les unes produites par des dents et des racines cariées, les autres dûes à la présence d'espaces laissés libres par un certain

nombre de dents absentes. Nous avons traité ce patient suivant les conseils du Docteur RODIER par l'ablation des pointes saillantes et par l'application d'un appareil de prothèse, destiné à combler les brèches des arcades dentaires.

Les résultats furent parfaits.

Tout récemment, en janvier 1913, nous avons pu observer et traiter un cas semblable, chez une femme syphilitique, et les résultats furent également très bons.

En présence de ces faits, nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant de publier les observations de ces malades et de recueillir celles qui sont déjà connues sur ce sujet, afin de donner une vue d'ensemble des résultats obtenus.

En effet, comme traitement des ulcérations dites d'origine dentaire, nous n'avons trouvé mentionné l'application d'appareils de prothèse destinés à combler les vides laissés par l'avulsion de dents ou de racines, que dans les communications du Docteur RODIER, communications faites en 1906 à la Société de stomatologie et dans une autre faite à la même Société par un de ses élèves de l'hôpital Lariboisière, le Docteur COURCHET.

C'est pourquoi nous avons décidé de faire de ce sujet l'objet de notre thèse pour le doctorat en médecine, et d'essayer de démontrer par ces cas de guérisons, qu'on peut ainsi parfois obtenir d'excellents résultats sans recourir aux ablations plus ou moins étendues, aux exérèses plus ou moins mutilatrices, pour traiter certaines ulcérations d'un organe aussi important que la langue.

FIG. 1



FIG. 1. — OBSERVATION 1. — Personnelle

La saillie de la canine inférieure droite pénètre dans l'espace libre situé entre l'incisive latérale et la prémolaire droites supérieures. C'est contre elle que la langue venait s'ulcérer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Personnelle*)

Le nommé H., 42 ans, garçon de magasin, se présente à la consultation de l'Ecole de Stomatologie le 8 novembre 1912, pour une augmentation de volume de la joue, située au niveau du maxillaire inférieur droit ; à l'examen on trouve de la fluctuation dans le sillon gingivo-labial ; on incise et l'ouverture pratiquée donne issue à du pur jaune brun, non fétide. On fait un lavage à l'eau formolée.

On fait l'examen de la bouche et des dents et l'on remarque alors une ulcération linguale d'un centimètre carré de surface environ, située sur le bord droit de la lèvre ; cette ulcération est blanche, à bords un peu indurés, peu saillante, légèrement rugueuse au toucher ; le reste de la langue est sain. Cette lésion siège en regard de la canine inférieure et de la première petite molaire supérieure qui manque (Fig. I) La canine fait une saillie très marquée, aiguë et coupante ; on abruse l'angle vif à la meule.

On fait alors l'examen général du malade. Les antécédents héréditaires et collatéraux ne présentent rien de particulier ; dans ses antécédents personnels, on trouve un accident à la main gauche dont les suites furent normales.

En 1903 il fut soigné à l'Hotel-Dieu, dans le service du D^r

FAISANS, probablement pour rhumatisme ; puis on lui fit, peu de temps après, une injection intra-musculaire au niveau de la fesse gauche, injection qu'on ne renouvela pas.

Cet homme présente quelques symptômes d'alcoolisme (tremblement de la main, quelques pituitos matutinales, varicosités de la face) et fume environ vingt cigarettes par jour. On a recherché la syphilis et la tuberculose et on n'a trouvé aucun antécédent ni aucun symptôme de l'une ou l'autre de ces deux affections.

Le malade revient le 11 novembre et l'on fait simplement une injection antiseptique dans la poche abcédée.

Quant à l'ulcération, elle a légèrement diminuée.

Le 13 Novembre, je fais un détartrage des dents, suivi d'un polissage. L'ulcération a encore diminué, mais n'est pas encore complètement guérie. On conseille un appareil prothétique devant combler l'espace libre où la langue vient faire hernie, appareil qui empêchera le fait de se produire.

L'appareil est mis en bouche le 22 novembre ; le malade revient trois semaines après, le 13 décembre.

L'appareil est bien toléré, l'ulcération a complètement disparu, et il ne resta ni coloration anormale, ni induration à son niveau.

Le malade a été revu le 14 février 1913. La guérison s'est parfaitement maintenue.

OBSERVATION II (*Personnelle*)

Madame B., 53 ans, se présente à la consultation de l'Ecole de Stomatologie pour faire examiner ses dents et sa langue dont elle souffre, dit-elle, depuis trois mois et demie environ. Elle se plaint de douleurs vives au moment de la mastication des aliments solides, particulièrement des mets épicés, des boissons chaudes et alcooliques.

Comme antécédents héréditaires, on ne relève rien de particulier. Mais dans les antécédents personnels on remarque deux fausses-couches successives, la première à vingt et un an, peu après son mariage, fausse-couche de trois mois et demi ; la seconde deux ans après, de six mois et enfin un accouchement prématuré à huit mois de grossesse, avec enfant mort et macéré. Depuis, la malade a eu deux enfants normaux, assez bien constitués, et vivants à l'heure actuelle.

La malade déclare en outre que son mari, peu de temps après leur mariage, a eu, sur la poitrine principalement, une éruption de plaques rougeâtres ; qu'il s'est fait soigner à ce moment et qu'on lui a fait des piqûres dans les fesses. Mais ce traitement a été fait d'une façon peu suivie. Elle-même a subi un traitement anti-syphilitique, sur l'avis d'un médecin ayant constaté la présence d'accidents secondaires.

La syphilis ne fait donc aucun doute.

J'examine la bouche de la malade et je constate alors la présence sur le bord droit de la langue, d'une ulcération blanchâtre, à contours irréguliers. Je remarque que, si l'on fait fermer la bouche en ayant soin d'écarter les lèvres avec le miroir, on voit la zone ulcérée venir faire saillie dans une brèche répondant à l'absence de la première grosse molaire droite supérieure et de la première grosse molaire inférieure ; de la seconde grosse molaire inférieure il ne reste que les deux racines séparées et présentant des bords tranchants.

Du côté gauche, je trouve une ulcération analogue à la précédente, répondant aux bords d'un espace libre causé par l'absence de la première petite molaire supérieure et de la seconde petite molaire supérieure.

J'extrais immédiatement les deux racines de la deuxième grosse molaire supérieure droite et je recommande à la malade de revenir huit jours après.

Le 17 janvier, la malade revient à la clinique.

L'ulcération du bord droit de la langue s'est améliorée à sa partie inférieure au niveau des chicots extraits ; je prends l'empreinte des arades dentaires en vue de l'application d'un appareil de prothèse pour le bas, comportant les trois dents qui manquent au maxillaire inférieure.

L'appareil est posé le 24 janvier.

La malade revient se faire examiner un mois après. L'appareil a été bien supporté et les deux ulcérations ont disparu ; à leur place il ne reste plus qu'une très légère teinte rosée à peine visible sur le fond rouge de la langue.

Enfin la malade a été revue le vendredi 7 mars et j'ai constaté que la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION III (Docteur COURCHET) (1)

Un confrère de 28 ans vient me consulter pour des ulcérations de la langue.

Antécédents Hérititaires. Père mort à 60 ans d'un néoplasme du rein ; il avait contracté la syphilis à 18 ans. Il fut traité énergiquement mais il présenta pendant des années des accidents buccaux nettement spécifiques. La mère est bien portante, elle a eu deux enfants et n'a jamais fait de fausse couche, ni d'accouchements prématurés.

Antécédents personnels. — A l'âge de 2 ans le patient a eu une coqueluche avec convulsions très violentes. On a attribué à ces dernières la gêne qu'a eu l'enfant à parler et à prononcer les r.

1) Docteur COURCHET (de Cannes.) — Revue de Stomatologie page 419
Août 1906.

A 21 ans, il a contracté la syphilis, qu'il traita d'une façon insuffisante.

Il eu la période des accidents secondaires et entre autres des syphilides palmaires assez rebelles.

A 26 ans, légère hémoptysie qui se renouvela à 27 ans.

A ce moment, il se produit un amaigrissement énorme et l'état général est très mauvais.

Un médecin de Cannes, des plus distingués, fait le diagnostic de syphilis et tuberculose pulmonaires ; le malade est soumis à un traitement intensif et s'améliore si bien qu'aujourd'hui tout est rentré dans l'ordre.

Mon confrère de Cannes m'adressa ce malade pour des ulcérations restées rebelles à la thérapeutique.

La langue du patient est grosse, tuméfiée, elle présente de chaque côté de grosses ulcérations qui ont déterminé un noyau inflammatoire assez volumineux.

Je regarde d'abord si les dents ne sont pas en cause ; je ne trouve pas de dents à arêtes vives et tranchantes. La prémolaire supérieure droite présente une obturation usée ; je la meule, j'extrais la racine de la première prémolaire supérieure gauche ; j'arrondis les grosses molaires inférieures droite et gauche qui sont obturées avec des amalgames puis je renvoie mon malade, espérant bien qu'il sera délivré de ces ulcérations si les dents sont en cause. Je lui prescrivis un traitement buccal de propreté.

Au bout de six mois, son médecin voyant le traitement par les injections mercurielles sans effet sur les ulcérations de la langue, me renvoya son malade.

J'avais appris entre temps, lors de mon séjour à Paris et dans le service du Docteur RODIER à l'hôpital Lariboisière, que certaines ulcérations rencontrées dans les glossites syphilitiques reconnaissent pour cause le traumatisme de la langue contre les dents saines espacées par des extractions ou par celles privées d'antagonistes.

Bien prévenu de ceci, j'examinai à nouveau mon malade et je vis qu'il y avait en effet des vides dans les deux arcades supérieure et inférieure.]

En haut il manquait la première petite molaire. En bas, il manquait de chaque côté la dent de six ans.

La langue était tuméfiée et remplissait la bouche, elle s'insinuait par des renflements dans les espaces laissés par les dents extraites antérieurement.

Les ulcérations siégeaient exactement en regard des dents délimitant les espaces vides, c'est-à-dire en regard de la deuxième prémolaire et de la canine supérieure gauche. La première petite molaire supérieure droite, alors obturée, s'est cassée depuis ; j'ai appliqué une couronne sur la racine.

Bien persuadé que la traumatisme était la cause de ces ulcérations, je résolus de le supprimer en remplissant les espaces et je fis en bas un appareil destiné à combler les vides et en haut un petit appareil d'une dent.

Très rapidement les ulcérations se cicatrisèrent et le noyau inflammatoire disparut. J'avais fait suspendre immédiatement après l'application des appareils le traitement spécifique. Puis 8 jours après le malade vint me voir ; les ulcérations étaient guéries.

Discussion. — Le malade avait de la glossite ; sa langue hypertrophiée et infiltrée s'insinuait dans les espaces créés par des dents manquantes et le contact seul d'un corps dur, — en l'espèce les dents délimitant l'espace, — suffisaient à l'ulcérer.

Parfois, dit M. RODIER, la langue vient faire hernie dans l'espace libre et ce sont alors les dents antagonistes sur lesquelles elle vient buter à l'état de repos, qui occasionnent les cupules ulcérées siégeant sur le renflement lingual.

Le siège de l'ulcération démontre le mécanisme. L'hypothèse du traumatisme est encore confirmée par des ulcérations de la face dorsale de la langue produite par le simple contact du thermomètre

dont le patient se servait pour prendre trois fois par jour sa température buccale, — ulcérations qui guérissent uniquement en ne prenant plus la température buccale.

Conclusions. — Les conclusions à tirer de cette observation sont les suivantes :

La glossite syphilitique détermine une hypertrophie de la langue ;

La langue hypertrophiée s'insinue dans les vides de l'arcade dentaire et les vides n'ont pas besoin d'être grands.

Les renflements linguaux ainsi formés viennent s'ulcérer sur les dents même saines et arrondies ;

Le traitement mercuriel ne guérit pas ces ulcérations ;

La suppression du traumatisme fait seule disparaître ces ulcérations (celles dues au contact seul du thermomètre et guéries par la cessation de son usage, en sont la preuve.) ;

Le traitement rationnel est un appareil de prothèse comblant les espaces ;

Il y a donc lieu, lorsqu'on voit une ulcération de la langue, de regarder si elle est due, non seulement à des chicots et à des dents à arêtes vives, mais encore si elle ne correspond pas simplement à une interruption dans la continuité de l'arcade dentaire.

Etendant le résultat acquis, il m'est permis de supposer que ce qui est vrai pour la glossite syphilitique doit être vrai pour toutes les glossites ; et on peut se proposer de rechercher méthodiquement si les ulcérations des vieilles leucoplasies linguales chez les fumeurs spécifiques ne sont pas entretenues ou même causées par un vide dans l'arcade dentaire ; si les petites ulcérations linguales des herpétiques à langue rouge et congestionnée ; si les ulcérations du psoriasis, du lichen-plan, de l'eczéma, du tabagisme, etc., ne sont pas de même origine et ne sont pas justiciables du même traitement.

OBSERVATION IV (Docteur RODIER) (1)

M. H... présente des arcades dentaires dont voici la description d'après le moulage :

Au maxillaire inférieur du côté droit, toutes les molaires manquent. Il ne persiste que la canine et l'incisive latérale, l'incisive centrale est représentée par sa racine ainsi que la deuxième prémolaire.

Du côté gauche, les deuxième et troisième molaires manquent ; les autres dents sont bonnes, sauf la seconde prémolaire dont seule la racine persiste.

Au maxillaire supérieur du côté droit, il reste l'incisive centrale, la deuxième prémolaire (très déviée en dedans), et la dent de sagesse.

Du côté gauche, il ne persiste que l'incisive centrale et les deuxième et troisième molaires.

Lorsque la bouche est en occlusion, la dent de sagesse supérieure droite mord sur la muqueuse de la crête alvéolaire inférieure.

La prémolaire supérieure droite, très déviée de dehors en dedans et de haut en bas, vient buter par son cuspide externe sur la racine lisse de la correspondante inférieure et le cuspide interne se trouve libre dans la cavité buccale.

Les dents de gauche sont privées d'antagonistes et les deux dernières molaires supérieures sont très déviées en dedans. M. H... s'est présenté à la consultation de Lariboisière le 2 mars 1906. Il se plaignait de deux ulcérations siégeant l'une à la pointe de la langue, l'autre à la lèvre inférieure. La première était occasionnée par la racine rugueuse de l'incisive centrale droite inférieure.

La seconde, située à 1 centimètre de la ligne médiane et sur le

1) Docteur RODIER. — Revue de stomatologie. Novembre 1906.

bord droit de la lèvre inférieure, était produite par l'incisive centrale très usée en biseau au dépens de sa face postérieure et dont le bord incisif était extrêmement tranchant. L'incisive latérale inférieure se trouvant en rétroversion, la lèvre s'insinuait entre les deux arcades dentaires et venait se couper sur le bord de la dent supérieure.

La meule a régularisé la racine inférieure et le bord de l'incisive supérieure. Quelques jours après, ces ulcérations étaient guéries.

Si M. H... paraît avoir la parole embarrassée, c'est, qu'en 1902, il a subi une large exérèse de la portion externe et antérieure droite de la langue, avec ablation des ganglions sous-maxillaires et carotidiens des deux côtés. La langue, en partie bridée par la cicatrice, est gênée dans ses mouvements.

M. H..., actuellement âgé de 60 ans, a contracté la syphilis à 21 ans ; c'est tout ce que nous retiendrons de ses antécédents, après avoir mentionné le mauvais état du tube digestif, qui se manifeste par des phénomènes d'entérite, avec diarrhées fréquentes.

Vers 1900, il aurait présenté au niveau du bord droit de la langue, une large induration ulcérée ayant alors environ 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur et qui fut brûlée à la pierre infernale.

Lorsque je vis M. H..., en mars, la langue (ou ce qui en reste) était épaisse, elle était douloureuse au contact de certaines boissons, vins, alcools, acides, etc.

Sur le plancher de la bouche, au niveau de la cicatrice consécutive à l'opération, la muqueuse était parsemée de petites ulcérations arrondies.

Du côté gauche, une large ulcération irrégulièrement ovalaire d'avant en arrière, siégeait au-dessus du bord et au niveau du tiers moyen de la langue.

Je ne reviens pas sur les deux ulcérations qui ont amené M. H...

à ma consultation, vous en connaissez tous la pathogénie et le traitement.

Mais les autres me semblent relever d'un mécanisme qui n'a pas, que je sache, été signalé avant la communication du Docteur COURCHET. Voici comment je crois pouvoir les expliquer :

Les petites ulcérations de droite sont produites par le cuspide interne de la prémolaire supérieure, contre lequel vient frotter le plancher de la bouche, dans les mouvements de la langue, à laquelle l'unit solidement la bride cicatricielle.

La large ulcération de gauche est produite par les cuspides internes des deux grosses molaires supérieures sous lesquelles la langue vient s'engager, dans l'espace laissé vide par les correspondantes extraites.

D'autres ulcérations devraient siéger à gauche et plus en avant, puisqu'il manque également des dents antagonistes de ce côté. Il n'en est rien cependant. La langue, en effet, bridée par la cicatrice est fortement déviée à droite et il n'y a pas de frottement au niveau des cuspides des dents inférieures gauches.

J'ai revu M. H... le 15 juin. Les ulcérations du plancher de la bouche et celles du bord gauche de la langue n'avaient subi aucune modification appréciable malgré des piqûres mercurielles, et j'ai pu constater sur la langue des trainées lisses et dépapillées de leucokératose au début.

En somme, M. H..., syphilitique, a fait de la glossite avec hypertrophie et infiltration. La langue, plus grosse, s'est étalée et logée dans les vides laissés par les dents extraites, où elle faisait hernie. A ce niveau, les cuspides des dents privées d'antagonistes ont déprimé la muqueuse et les tissus sous-jacents, occasionnant d'abord des petites écorchures, puis des ulcérations plus étendues.

Il est permis de penser qu'en 1900 l'ulcération du bord droit de la langue relevait du même mécanisme que celle siégeant actuellement à gauche. M. H... n'a pas souvenir de l'époque où furent

extraites les dents supérieures droites, mais il y aurait fort longtemps. Quant aux dents inférieures du même côté, cinq furent extraites en 1902 pour faciliter l'opération.

C'est donc contre les cuspidés des dents inférieures que se serait produite la large ulcération signalée dès 1900.

Le chirurgien, craignant la dégénérescence épithéliomateuse, a pratiqué une large exérèse.

Au dire de M. H..., l'examen histologique pratiqué après l'opération, aurait révélé qu'il n'y avait pas d'épithélioma.

Actuellement, (1) la grosse ulcération de droite n'a pas récidivé, mais l'état de la langue ne s'est pas amélioré et le siège des ulcérations uniquement a varié, les raisons mécaniques, seules invocables en pareils cas, s'étant modifiées.

Je crois qu'il y a lieu de supprimer toute cause de transmatisme et que la guérison définitive de ces ulcérations sera obtenue à l'aide d'un appareil prothétique qui régularisera les arcades dentaires en faisant un rempart lisse sur lequel la langue pourra évoluer librement sans rencontrer ni dépressions ni saillies.

1) (Novembre 1906).

FIG. 2



FIG. 3

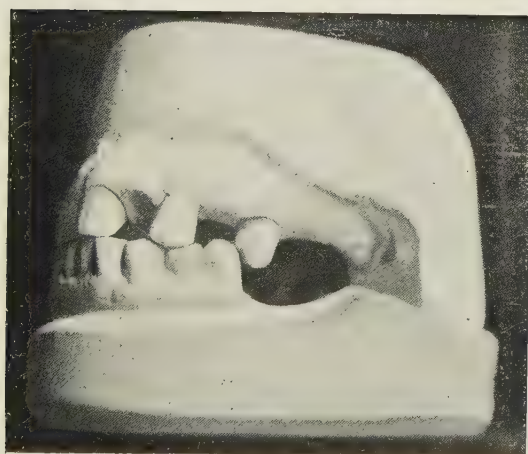


FIG. 2 — OBSERVATION V. — Côté droit.

La deuxième prémolaire et la première grosse molaire supérieures en extrusion occupent une grande partie de l'espace laissé libre par l'absence de la seconde petite molaire et des deux grosses molaire inférieures.

FIG. 3 — MÊME OBSERVATION. — Côté gauche

L'absence des grosses molaires inférieures et supérieures laissent un espace où la langue vient s'irriter.

OBSERVATION V (Docteur RODIER) (2)

Voici le moulage d'un autre malade chez lequel le traitement prothétique a justifié le diagnostic étiologique.

M. B..., 34 ans, m'est adressé par son médecin pour des ulcérations douloureuses de la langue, siégeant en arrière et un peu au-dessus du bord externe droit. Ces ulcérations sont rebelles à tout traitement mercuriel. M. B..., ayant eu la syphilis à 18 ans.

Ces ulcérations, ou plutôt ces cupules profondes et décapillées, car la langue avait conservé un aspect lisse et rosé, étaient dues au frottement des cuspides internes de la deuxième prémolaire et de la première molaire supérieures. (*Fig. 2*). Ces deux dents étaient privées d'antagonistes inférieures, seules la dent de sagesse et la première prémolaire persistant à ce niveau.

J'ai meulé et arrondi les deux dents incriminées le 4 décembre 1895.

Le 17 décembre, les phénomènes douloureux avaient disparu.

En 1896, 1897, 1898, les cupules persistent, quoique diminuées.

En 1899, les douleurs ayant récidivé, je proposai un appareil du bas pour empêcher la langue de venir faire hernie dans le vide existant entre les dents supérieures et le rebord de l'arcade inférieure.

J'ai placé cet appareil de trois dents le 12 janvier 1899. Le 30 janvier, la sensibilité douloureuse de la langue avait disparu ; celle-ci avait recouvré sa souplesse et ne présentait aucune trace des cupules.

En 1900 et 1902, ainsi qu'en 1906, j'ai revu M. B., la guérison s'est toujours maintenue,

Ici encore syphilis : la langue légèrement hypertrophiée vient

2) Docteur RODIER (Loc. cit.).

faire hernie dans les espaces libres ou, traumatisée par des dents qui viennent se loger dans son épaisseur, elle s'irrite et s'enflamme au point de devenir douloureuse.

Guérison par appareil prothétique régularisant le rapport des arcades dentaires.

J'ai revu ce malade en janvier 1912, la guérison s'est complètement maintenue.

FIG. 4



FIG. 5

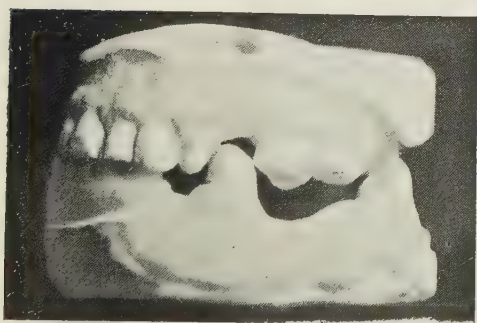


FIG. 4. — OBSERVATION VI Côté droit.

Le cuspide postérieur de la seconde prémolaire et la première grosse molaire supérieures s'engagent dans l'espace laissé libre par l'absence de la seconde prémolaire et la dent de sagesse inférieures.

FIG. 5. — MÊME OBSERVATION. — Côté gauche.

La seconde petite molaire inférieure pénètre dans l'espace libre produit par l'absence de la seconde prémolaire supérieure.

OBSERVATION VI (1) Docteur RODIER

Voici un moulage qui représente les arcades dentaires de M. X. 42 ans, professeur agrégé, que je soigne depuis 1898. Il a contracté la syphilis à 25 ans.

En janvier 1905, je constatais que la langue, très large en partie dépapillée, présentait le long des bords externes et sur la surface supérieure deux bourrelets occupant les deux tiers moyens de la langue. Sur ces bourrelets on voyait deux sillons longitudinaux et à leur partie antérieure deux ulcérations dentaires. Une troisième ulcération arrondie siégeait à la pointe et un peu à droite de la langue.

La langue était indurée, sensible aux boissons acides fermentées aux corps durs, au sucre. Cet état se modifie du reste selon l'état du tube digestif et le plus ou moins de fatigue résultant de la profession de M. X. qui est obligé de parler plusieurs heures de suite.

L'ulcération de la pointe était due aux incisives inférieures dont le bord était extrêmement tranchant.

L'ulcération de gauche était occasionnée par le cuspide interne de la première prémolaire supérieure privée d'antagonisme (*fig. 5*)

L'ulcération de droite était produite par la canine supérieure en rétroversion très prononcée (*fig. 4*). L'abrasion de sa pointe en faisait une surface arrondie à bord postérieur acéré et tranchant.

Quant aux deux sillons ils étaient causés, à droite par la deuxième molaire et la deuxième prémolaire privées d'antagonistes inférieures, à gauche par la deuxième molaire et la dent de sagesse supérieures également privées d'antagonistes.

La langue, hypertrophiée, se logeait dans les espaces des dents

1) Docteur RODIER. (loc. cit.)

antérieurement, où les dents supérieures venaient la traumatiser au point d'y déterminer des lésions gênantes pour la parole et de la rendre parfois douloureuse.

Le 3 mars 1905 j'ai régularisé les rapports défectueux des arcades dentaires à l'aide d'un appareil de cinq dents.

Le 31 mars les ulcérations sont guéries, les sillons et les bourrelets en voie de disparition ; la langue n'est plus douloureuse et elle est devenue plus souple grâce au traitement intensif par des injections mercurielles.

En avril 1906 la guérison s'est confirmée et maintenue, la langue a recouvrée toute sa souplesse, l'élocution est plus nette et M. X. peut parler avec facilité et sans fatigue.

Ces trois malades syphilitiques ont présenté des phénomènes analogues du côté de la langue.

Deux ont été guéris par un traitement prothétique.

Il n'est pas défendu de penser que le premier était justiciable du même traitement, du moins au début des lésions.

Les accidents constatés du côté de la langue m'ont paru faciles à expliquer mécaniquement ; et voici comment je crois devoir les sérier : terrain syphilitique, légère hypertrophie, avec infiltration des indurations de la langue qui s'étale et vient faire hernie dans les vides laissés par les dents extraites. Dans ces vides, elle rencontre soit les dents voisines réduisant ces espaces, soit les dents antagonistes dont les cuspidés s'imprègnent dans son tissu à l'état de repos, ou ulcèrent la muqueuse à la suite des frottements occasionnés par les mouvements de la parole ou de la mastication.

Pour obtenir la disparition de ces mêmes accidents, je pense qu'il est indispensable de supprimer les moindres causes de traumatisme et de combler les espaces libres par des appareils de prothèse qui régularisent le rapport des deux arcades dentaires,

de façon à éviter l'engagement possible des bords de la langue dans les vides existant.

M. P. COURCHET nous faisait prévoir par le même traitement orthopédique la guérison probable des ulcération analogues que nous observons chez des malades non syphilitique (leuco-kératose, lingale, lichenplan, psoriasis, eczéma, herpès; tabagisme, etc)

Voici les moulages dentaires de trois malades à langue ulcérée, je vais en donner l'observation résumée à l'appui des prévisions de notre confrère.

OBSERVATION VII (1) (Docteur RODIER)

I. — Le 19 janvier 1906, M. X..., 72-ans, vieux fumeur de pipe non syphilitique, se présente à la consultation de l'Hôpital Lariboisière pour une ulcération douloureuse siégeant à la jonction des deux tiers antérieurs et du tiers postérieur du bord droit de la langue.

Le côté droit de la langue est blanc nacré, et la surface en est fendillée.

Il ne reste dans la bouche que la première grosse molaire supérieure droite dont le cuspide antérieur et interne vient traumatiser et ulcérer la langue. J'ai extrait cette dent atteinte de pyorrhée alvéolaire. Quatre jours après, l'ulcération avait disparu.

Supprimer le traumatisme c'était assurer la guérison ; un appareil prothèse aurait eu le même résultat.

(1) Docteur RODIER)loc. cit.)

OBSERVATION VIII (1) (Docteur RODIER)

II. — M. X..., avocat, 31 ans, non syphilitique mais fumant jusqu'à vingt cigarettes par jour, vient me consulter pour l'état de sa langue.

En mars 1906, la muqueuse était blanche et festonnée sur tout le bord antérieur de la langue (lésions dues au bord postérieur tranchant des incisives très usées.)

Une ulcération siégeait au milieu et au-dessus du bord droit de la langue ; en arrière de cette ulcération, les papilles étaient rouges et hypertrophiées : ces lésions étaient occasionnées par la présence de quelques racines supérieures.

Plus en avant, il existait une seconde ulcération sous le bord inférieur due au frottement des deux prémolaires inférieures privées d'antagonistes.

En arrière et sur le bord gauche, une troisième ulcération était produite par la seconde molaire supérieure privée des antagonistes molaires inférieures.

Le bord antérieur des dents du bas acéré par abrasion mécanique occasionnait une labialite très manifeste avec œdème de la lèvre inférieure.

La muqueuse des joues présentait de chaque côté une trainée blanche de leucoplasie en rapport avec la ligne d'occlusion des dents supérieures et inférieures.

Les commissures étaient également le siège d'une large plaque de leucokératose en éventail.

J'ai extrait les racines, j'ai meulé les arêtes vives et tranchantes : la lèvre et la pointe de la langue ont rapidement repris leur état normal ; mais des trois ulcérations, seule la droite postérieure a disparu.

(1) Docteur RODIER (loc. cit)

En mai, j'ai régularisé les deux arcades par des appareils prothétiques.

En juin, j'ai pu constater la guérison complète de toutes les ulcérations bien que l'état leucoplasique de la cavité buccale n'ait subi aucune modification appréciable.

Ce malade a été revu le 13 avril 1910, et son état était très satisfaisant. Enfin, tout récemment, le 3 mars dernier, le malade revint et je constatais que la guérison s'était parfaitement maintenue.

OBSERVATION IX (Docteur RODIER) (1)

Le 6 juin 1905, M. X..., âgé de 58 ans, vient me consulter sur l'état de sa langue qui est douloureuse en arrière et à gauche. A ce niveau, les papilles sont rouges et très hypertrophiées, et le moindre mouvement est douloureux.

M. X... n'est pas syphilitique et ne fume pas ; il présente des plaques d'eczéma à la tête et sur la crête des tibias.

La muqueuse linguale est lisse, blanche et décapillée, avec de longues traînées nacrées d'avant en arrière.

L'hypertrophie des papilles gauches est occasionnée par le cuspide antérieur et interne de la seconde grosse molaire inférieure. Celle-ci se trouve déviée en avant et en dedans consécutivement à l'extraction déjà ancienne de la dent de six ans et de la deuxième prémolaire. J'ai immédiatement meulé le cuspide incriminé, mais l'état local s'est peu amélioré et, le 13 juillet, j'ai placé un appareil de deux dents pour combler l'espace vide et dans lequel venait descendre la seconde bicuspe supérieure. La régularisation des rapport des arcades entre elles a rapidement amélioré l'état local et

1) Docteur RODIER (Loc. cit.).

j'ai pu, ces jours-ci, constater la guérison complète et sans récurrence depuis un an.

Ce malade est mort en mai 1909, à la suite d'une opération pour néoplasie du pylore. Il est permis de mettre en doute l'origine de cette néoplasie, qui, malgré les dénégations du malade, au sujet d'une syphilis possible, peut fort bien avoir été un rétrécissement du pylore, d'origine syphilitique, ce qui ferait rentrer ce malade dans la série de ceux que nous avons vu précédemment.

En définitive, ces observations nous permettent de conclure que si la guérison de certaines ulcérations de la langue nous paraît être sous la dépendance de traitements orthopédiques (moulage, limage, résection, avulsion) ou prothétiques (appareil), il faut également penser à la prophylaxie de ces lésions, et lorsque chez des malades syphilitiques, fumeurs, psoriasiques, etc., en somme chez tous ceux présentant ou pouvant présenter des lésions de l'épithélium lingual, nous trouvons, dans les arcades dentaires, des brèches, si petites soient-elles, nous devons les combler.

Dans tous les cas, nous devons dire à nos malades et au besoin écrire à leur médecin traitant ce que l'avenir peut leur réserver, car le pronostic peut être grave (dégénérescence épithéliomateuse) et nous ne saurons jamais trop répéter, que c'est au dentiste qu'incombe le devoir d'assurer par des moyens mécaniques la prophylaxie et les traitements de la majeure partie des manifestations pathologiques des muqueuses buccale et linguale.

Je crois même devoir ajouter que toute consultation donnée à un syphilitique, quelle que soit la période de sa maladie, devrait commencer par lui imposer un examen de la bouche.

Que d'accidents et de graves complications nous pourrions éviter si tant de malades n'ignoraient pas qu'il existe des médecins s'occupant uniquement des maladies de la bouche. (1)

(1) Dr RODIER, *Revue de stomatologie* (nov. 1906).



FIG. 7



FIG. 6. — OBSERVATION X. Côté droit

La première grosse molaire inférieure et la première petite molaire supérieure font saillie dans les espaces laissés libres par l'absence des dents antagonistes.

FIG. 7. — MÊME OBSERVATION. — Côté gauche.

Le cuspide postérieur de la première grosse molaire et la seconde grosse molaire supérieures pénètrent dans l'espace laissé libre par la disparition de la seconde molaire inférieure.

OBSERVATION X (Docteur RODIER) (1)

Monsieur L., 33 ans, ayant contracté la syphilis à 19 ans, vient me consulter le 30 juin 1911 pour des soins généraux de la bouche et des racines à extraire. J'extrais un certain nombre de chicots et j'ordonne des soins d'hygiène buccale. Le malade revient me voir quelque temps après en août ; il présente à ce moment des plaques de psoriasis lingual et des ulcérations des bords droit et gauche de la langue, au niveau de brèches existant entre la première petite molaire droite inférieure et la première grosse molaire voisine, de même qu'entre cette dent et la dent de sagesse. En haut du même côté, la seconde petite molaire et la première grosse molaire manquent (*fig. 6*). Il se produit ainsi deux larges brèches ; la plus antérieure laisse pénétrer la langue qui est fortement traumatisée entre la première petite molaire supérieure et la première grosse molaire inférieure ; la seconde brèche reçoit en haut la seconde molaire supérieure qui irrite la langue à chaque mouvement d'occlusion.

Du côté gauche, (*fig. 7*) nous trouvons également deux ulcérations, plus petites que celles de droites, au niveau de la première petite molaire supérieure gauche, et de la deuxième grosse molaire inférieure.

La langue, outre ces ulcérations, présente une glossite syphilitique marquée, avec infiltration et induration.

Ayant revu ce malade en janvier et mars 1912, j'ai meulé les angles saillants des dents au niveau des brèches et le 20 octobre 1912 j'ai appliqué un appareil de prothèse courbant les espaces vides entre les dents. Le 15 novembre le malade revint me voir et je pus constater une guérison complète des ulcérations de la langue, guérison qui s'est maintenue jusqu'à ce jour (jeud 6 mars 1913).

(1) Dr Rodier (*loc. cit.*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ET PATHOGÉNIE

Sauf pour le malade de l'observation iv, dûe à l'obligeance du Docteur RODIER, dans aucun cas l'examen histologique n'a été fait, étant donné que ces ulcérations ont cédé devant un traitement approprié. Et dans le cas de cette observation, on n'a pas trouvé d'épithélioma.

Nous pouvons donc dire que, — malgré leur apparente gravité, en face de l'échec des médications (*traitement mercuriel en particulier, cautérisations au nitrate d'argent, etc.*) et même des opérations ; malgré l'induration fréquente de leur base, — nous avons affaire ici à des lésions bénignes, que le traitement que nous proposons guérira rapidement et d'une façon définitive.

Au point de vue pathogénique, nous croyons que dans les *glossites* en général et dans la *glossite syphilitique* en particulier, la langue présente une plus grande facilité que dans tous les autres cas à laisser sa muqueuse s'irriter, se tuméfier, puis s'ulcérer au contact des pointes saillantes dures et coupantes de dents plus ou moins abrasées.

possédant des angles plus ou moins aigus, et même au simple frottement qui résulte de son passage incessant dans des espaces libres créés par l'absence de une ou de plusieurs dents.

Il est, de plus, bien certain que le milieu buccal a, dans ces différents cas, une très grosse importance : sa flore innombrable (*microbes* : *saprophytes*, *leptotrix*, *zoospores*, *bacillus subtilis*, *bacillus amylobacter* ; *microbes pathogènes* : *streptocoque*, *staphylocoque*, *pneumocoque*, *bacilles de Lofler*, *de Koch*, *d'Eberth*, etc.), est un facteur de plus en faveur de l'infection de la langue. D'autre part, la bouche étant la porte d'entrée à la fois des voies digestives et respiratoires, les contacts directs des aliments, des boissons, de l'air et des poussières atmosphériques, sont autant de causes favorisant l'irritation de la langue.

Nous remarquons d'autre part, en considérant les observations que nous présentons, que, sur dix cas, neuf se rapportent à des *hommes* : tous ont dépassé trente ans ; certains en ont plus de soixante ; ce sont de *grands fumeurs* (observations I, V, VII, VIII, X) dans la moitié des cas. Chez eux l'irritation s'est produite sous l'influence d'un certain nombre de causes telles que *l'alcool*, *les mets épicés* ; plusieurs ont des *troubles digestifs marqués*. Enfin, nous constatons que les sujets porteurs de ces ulcérations sont fréquemment atteints de *leucoplasie linguale*.

Ces malades présentent en outre des *affections d'ordre général* (surtout la *syphilis*) et il est bien certain que chez des tuberculeux présentant des lésions pulmonaires, laryngées, ganglionnaires ou autres, nous trouverons plus facilement que chez un sujet sain des lésions ulcé-

reuses de la langue, en présence des causes locales que nous invoquons.

Les différentes *dyscrasies* et les maladies générales agissent donc ici en préparant le terrain. Que la cause locale irritative vienne à se constituer et nous trouvons aussitôt la coexistence de lésions de la langue qui, non traitées, peuvent produire la transformation de l'ulcération dentaire en tumeur maligne.

DIAGNOSTIC (1)

Pour profiter des avantages du traitement que nous proposons, il faut agir en connaissance de cause, c'est-à-dire poser d'abord un diagnostic ferme. C'est pourquoi nous croyons bon de donner ici un exposé aussi complet que possible de ce qui nous permettra de différencier une ulcération d'origine dentaire, des autres ulcérations ou tumeurs ulcérées de la langue.

Tout d'abord nous reconnaitrons L'ULCÉRATION D'ORIGINE DENTAIRE à notre siège : c'est sur les *bords* de l'organe que nous la rencontrerons. C'est d'ordinaire une *lésion unique*, située en face d'une dent à arêtes vives ou d'une brèche dans l'arcade dentaire. Les mêmes causes se répétant en plusieurs points pourront déterminer plusieurs ulcérations.

Elle est très *superficielle* ; ses bords sont *saillants*, *taillés à pic* ; son *fond* est *détergé*. *saignant*, sa *base* est peu ou même *pas indurée*, et si une adénopathie l'accompagne, elle est *inconstante*, et purement inflammatoire. Enfin,

(1) Tiré en partie du cours du D^r ROUSSEAU-DECELLES fait à l'Ecole de Stomatologie.

symptôme important, la *douleur* qu'elle provoque est *localisée* à son niveau, jamais irradiée, très vive, donnant au malade la sensation de plaie à vif, éraillée par un corps dur, aigu, à chaque mouvement de la langue.

Comme caractères particuliers, nous donnerons principalement sa *disparition rapide après la cessation de sa cause*.

Toutes autres sont les lésions avec lesquelles nous avons à faire un diagnostic différentiel,

L'ULCÉRATION TUBERCULEUSE siège *partout* sur la langue ; elle est *rarement unique* ; généralement on en trouve trois ou quatre ; elle est superficielle comme l'ulcération dentaire, mais ses *bords* sont *décollés*, son *fond* est *raviné*, grisâtre, montueux ; sa *base* n'est pas *indurée* ; l'adéno-pathie manque souvent, les douleurs sont très vives.

La présence des *grains jaunes* de TRÉLAT et la coexistence de lésions thoraciques ou laryngées nous fixeront sur sa nature.

L'ABCÈS FROID ULCÉRÉ de la langue possède un aspect cratériforme, et présente avec des *bords amincis, décollés* ; son *fond* est rempli de *pus gruméleux*, et ne saigne pas ; il est en général *unique*, et n'a pas de tendance à la cicatrisation ; enfin on trouve le plus souvent des lésions thoraciques ou laryngées concomittantes.

Dans les LÉSIONS SYPHILITQUES DE LA LANGUE, nous trouvons à la première période, LE CHANCRE ; à la seconde les PLAQUES MUQUEUSES ; enfin la GOMME ULCÉRÉE à la période tertiaire.

Le CHANCRE siège d'ordinaire sur le *tiers antérieur de la face dorsale de la langue* ; il est unique, très superficiel, c'est une érosion à fleur de muqueuse ; *il n'a pas de bords*

et présente une *forme ovale* ; son fond est *lisse, rosé*, sa *base* est nettement *indurée* et il est d'une consistance rappelant le carton, il est accompagné d'une *adénopathie multi-ganglionnaire, énorme, indolore, non suppurée* ; enfin son évolution est rapide.

LES PLAQUES MUQUEUSES se rencontrent *partout* surtout sur les bords ; elles sont multiples et se présentent sous la forme de *papules arrondies* ou *polymorphes* ; ou encore ce sont des *érosions superficielles ayant fauché les papilles*. Elles ont une *teinte opaline* ; les *douleurs* sont *nulles* et enfin on trouve d'autres accidents secondaires qui les accompagnent et font faire le diagnostic.

À la période tertiaire c'est la GOMME ULCÉRÉE que nous trouvons ; elle siège sur le tiers antérieur de la face dorsale de la langue ; on en trouve ordinairement *deux ou trois*, c'est une *ulcération très profonde*, taillée à l'emporte-pièce dans le tissu même de l'organe ; son *fond* est comme *vernissé*, recouvert d'un enduit jaunâtre, et sa *base* repose sur une *zône plutôt infiltrée qu'indurée*. Il n'y a pas d'*adénopathie*, les *douleurs* sont *peu vives*, et l'on trouve des gommages ulcérées à côté d'autres qui ne le sont pas.

Quant au CANCER DE LA LANGUE, avec lequel nous devons faire le diagnostic à sa période d'ulcération, il siège d'ordinaire sur *les bords* et à *la base de la langue*. C'est une ulcération *unique*, s'étendant à une profondeur plus ou moins grande, à *bords irréguliers, indurés* ; dont le *fond* est *anfractueux, bourgeonnant*, reposant sur une *base nettement indurée*.

Enfin cette ulcération s'accompagne d'*adénopathie néoplasique précoce, multiganglionnaire*, en placard, qui finit

par s'ouvrir. Les douleurs sont locales et irradiées à la fois, très vives, intolérables mêmes ; la salivation est abondante. Le début a lieu fréquemment par une plaque de leucoplasie ; la maladie provoque des hémorragies graves, et même peu à peu le malade à la cachexie et à la mort.

Nous mentionnerons encore l'ACTINOMYCOSE de la langue, qui, bien que rare, forme parfois sur cet organe des clapiers nombreux, au sein d'une masse indurée où l'on trouve des grains jaunes.

La SPOROTRICHOSE est plus fréquente ; elle forme alors une tumeur gris jaune sale, sans fausses membranes, avec une tendance marquée à l'extension.

L'ULCÉRATION LUPIQUE a des bords déchiquetés ; la langue est souple, indolente et l'envahissement de la lésion se fait par destruction du tissu par petites parcelles. Enfin elle est toujours accompagnée de lésions de la face et du nez.

Pour terminer cet exposé, nous mentionnerons la possibilité d'un diagnostic différentiel avec les ulcérations de la langue au cours de la COQUELUCHE qui siègent au niveau du frein et sont produites par le frottement de l'organe au moment des quintes ; les commémoratifs, le siège de la lésion et l'âge des sujets faciliteront le diagnostic.

Les MORSURES de la langue au cours de la crise d'épilepsie seront diagnostiquées par les antécédents du malade ; celles qui surviennent au cours de la mastication ou à la suite de chute sur la face, chez les enfants surtout, s'expliquent et se diagnostiqueront facilement.

Enfin il y a parfois des langues suffisamment molles et

sensibles pour garder la marque des dents et présenter ainsi de petites cupules connues sous le nom d'IMPRESSIONS DENTAIRES, mais qui n'ont jamais les caractères de l'ulcération dentaire proprement dites, et ne sont ni douloureuses, ni enflammées.

EVOLUTION

Nous avons fait remarquer que l'ulcération persiste tant que sa cause n'est pas supprimée. C'est alors une porte d'entrée possible ouverte à toute infection : syphilis, tuberculose, actinomycose, etc., et, de fait, la greffe, sur une ulcération dentaire banale, d'un chancre induré ou d'un abcès froid, est assez fréquente. De même, la dégénérescence épithéliomateuse d'une ulcération de la langue non soignée, a été observée.

Etant donné ces considérations, nous ferons remarquer que le traitement que nous proposons dans ce travail, tend à prévenir toutes ces complications, en arrêtant le plus tôt possible l'évolution et la persistance de l'ulcère. Notre diagnostic devra donc être très précoce, car cela seulement nous permettra d'obtenir une guérison rapide et complète.

TRAITEMENT

En présence de ces observations et de leurs résultats, quel traitement allons-nous donc proposer ?

Voyons d'abord ce que nous disent les principaux traités qui se sont occupés de la question.

Lorsque l'on rencontre, — nous dit L. DIEULAFÉ dans le traité de Stomatologie de GAILLARD et NOGUÉ, — une ulcération siégeant au bord de la langue, qui, d'abord, présente une zone inflammatoire de la muqueuse œdématiée ; puis une perte de substance à bords irréguliers, à fond couvert de débris d'éléments sphacelés ; qui se creuse ensuite, présente des bords bien délimités, un fond granuleux, bourgeonnant, reposant sur une basse plus ou moins dure, non accompagnée d'adénopathie ; et qu'enfin, en regard de cette lésion l'on trouve une cause d'irritation, de traumatisme telle qu'une dent à angles saillants et coupants, — on doit faire le diagnostic d'ulcération d'origine dentaire. Si cette ulcération est abandonnée à elle-même, l'inflammation se propage dans la profondeur de l'organe et l'on constate alors une adénopathie marquée.

Le traitement est celui de l'affection dentaire : ablation

ou meulage de la dent ; soins antiseptiques, cautérisations au nitrate d'argent, à la teinture d'iode.

Dans le traité de chirurgie de DUPLAY ET RECLUS, voici le traitement indiqué par A. BROCA dans l'article au sujet des ulcérations d'origine dentaire.

Limer, obturer ou extraire la dent irritante, faire l'ablation du tartre ; éviter l'irritation buccale (tabac, pain, épices) ordonner des collutoires au borax, ou au chlorate de potasse ; faire des cautérisations à l'acide chromique si l'ulcération est rebelle.

Enfin si la persistance de l'ulcération continue, se méfier de la transformation cancéreuse et faire l'ablation large de la lésion.

Dans le traité de BUTLIN (DISEASES OF THE TONGUE) et dans l'article de MORESTIN sur le même sujet dans le traité de chirurgie de LEDENTU ET DELBET, on conseille d'isoler la dent (coton imbibé d'une solution antiseptique, bague de caoutchouc adoucissant les contacts) ; d'établir un régime buccal favorable à la cicatrisation, de faire un nettoyage des dents et d'ordonner un lavage soigneux de la bouche après chaque repas. Donner des gargarismes antiseptiques et quelques purgatifs. — Enfin, si l'haleine devient fétide, si l'ulcération suppure, si la langue est couverte d'un enduit épais et que la guérison tarde, faire une extirpation large de l'ulcération.

D'autre part, on conseille les bains de bouche avec une solution de bicarbonate de soude (CRUET) une alimentation liquide et la suture de l'ulcération si elle est très étendue (MONOD) ; enfin la cautérisation au nitrate acide de mercure ou à l'acide lactique (FREY et LEMERLE).

Il est bien certain que tous ces traitements sont excellents et que chacune de ces thérapeutiques possède sa raison d'être. Nous conseillerons donc nettement d'y recourir le cas échéant ; mais, à l'instar du docteur RODIER, nous demanderons une place pour l'application d'un appareil de prothèse, lorsque nous trouverons une ulcération en face d'une brèche de l'arcade dentaire, produite par le coincement de la muqueuse entre les dents qui limitent cet espace libre.

Nous diviserons donc schématiquement le traitement des ulcérations d'origine dentaire de la façon suivante :

PREMIÈREMENT : *Traiter la cause* : a) si c'est une dent, la meuler, ou l'arracher ;

b) Si c'est une brèche dans l'arcade dentaire, la combler par un appareil de prothèse ;

c) Combiner ces deux traitements suivant le cas.

DEUXIÈME : *Traiter le terrain* : (a) la bouche : faire prendre aux malades des soins spéciaux (lavages antiseptiques alimentation spéciale supprimer l'al-

*cool, le labac, les
épices.*

*(a) Traiter l'état gé-
néral.*

TROISIÈMEMENT : *Exérèse de la lésion si l'on n'a pas
obtenu de résultats satisfaisants avec le trai-
tement ci-dessus et seulement après examen
histologique préalable d'un fragment de
l'ulcération.*

De cette façon, nous sommes presque certains, avec le Docteur RODIER, que — dans bon nombre de cas, où l'on avait autrefois d'autre ressource que l'exérèse large et la quasi mutilation de l'organe afin d'empêcher la transformation de l'ulcération en cancer, — on trouvera dans l'application opportune d'un appareil soigneusement étudié pour remplir le rôle qu'on lui demande en pareil cas, la solution heureuse et favorable de la question et la cure de la lésion.

PROPHYLAXIE

Si l'on veut bien considérer la prédisposition que créent les MALADIES GÉNÉRALES (*syphilis, tuberculose, psoriasis, eczéma, etc.*) et les DYSCRASIES, en faveur d'ulcérations linguales chez les sujets présentant des dents en mauvais état, nous ferons remarquer le rôle éminemment prophylactique du traitement que nous proposons.

L'appareil *prothétique* évitera l'écrasement de la muqueuse linguale glissée dans une brèche par les dents antagonistes, en supprimant cette hernie de la langue. Pour bien remplir ce rôle, il devra être parfaitement adapté en tous ces points, obturant l'espace libre d'une façon aussi physiologique que possible, et toute sa surface sera bien polie, rendue soigneusement lisse, exempte de toute aspérité qui jouerait le rôle d'épine irritante et supprimerait ainsi les bénéfices de l'intervention.

De cette façon, l'application de l'appareil, *même avant toute ulcération de la langue*, empêchera l'irritation d'un organe prédisposé à présenter des lésions dont la dégénérescence possible en tumeurs malignes, compromettrait au plus haut chef l'avenir du malade.

On devra donc veiller à maintenir l'intégrité des arcades dentaires chez les patients porteurs des maladies mentionnées ci-dessus, en particulier chez les syphilitiques.

On ne manquera pas, une fois l'appareil posé, de recommander au malade les soins les plus minutieux au sujet de l'entretien de cette pièce de prothèse.

Le brossage, le savonnage et le nettoyage minutieux de l'appareil, seront faits plusieurs fois par jour, en particulier après les deux principaux repas, afin d'éviter le séjour possible de débris alimentaires dans ses anfractuosités et surtout entre la plaque et la paroi buccale, séjour qui provoquerait une fermentation de ces débris et l'irritation consécutive de la muqueuse linguale.

Si l'appareil venait à se fracturer, en partie ou en totalité, il faudrait le remplacer le plus rapidement possible, de même que si l'avulsion d'un certain nombre de dents créait de nouvelles brèches dans les arcades dentaires.

CONCLUSIONS

1°) La présence de dents de forme anormale (à angles saillants, par suite de fractures partielles, de cuspides aigus et tranchants) détermine la formation d'ulcérations linguales.

L'absence de dents créant des brèches où la langue vient s'insinuer et faire plus ou moins hernie ; où elle se trouve traumatisée et mordue par les dents antagonistes, même quand elles sont saines et lisses, — produit aussi des ulcérations de la langue.

2°) Ces espaces vides n'ont pas besoin d'être bien larges, l'absence d'une ou de deux dents suffit à créer ces lésions.

3°) Ces ulcérations se produisent d'autant plus facilement que la langue est plus grosse, hypertrophiée, et le plus souvent dans la glossite syphilitique, auquel cas le traitement mercuriel ne guérit pas ces lésions ; cependant on en trouve chez des sujets non syphilitiques (observations I, VI, VII).

4°) Si l'on supprime seulement le traumatisme produit par les dents antagonistes, on obtient une guérison incomplète s'il y a en même temps une brèche dans l'arcade dentaire.

5°) Si l'on supprime à la foi la brèche, par l'application d'un appareil de prothèse, et les aspérités qui blessent la langue, par un traitement approprié ; qu'on recommande au malade de prendre les soins d'hygiène habituels de la bouche ; — on obtient la guérison complète.

Vu : le Président de Thèse,
E. GAUCHER.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ADRIEU. — Maladies de la bouche.
- AGNEW. — Surgery.
- ALBET. — Traité de chirurgie et Encyclopédie d'ENLEMBERG
(article Langue).
- ANGUY. -- De la tuberculose linguale. Thèse de Paris, 1895.
- BUTLIN. — DISEASES of the tongue (London, 1893).
- BÉGOUIN, BOURGEOIS, PIERRE DUVAL, GOSSET, JEANBRAU, LECÈNE,
LENORMANT, PROUST, TIXIER. — Précis de Pathologie
chirurgicale.
- BROCA (A.) — Ulcérations de la langue, *in* Traité de Chi-
rurgie de DEPLAY et RECLUS.
- BONIGUET (José). — Higinene razonada de la Boca (Bar-
celone).
- BOUISSON. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences
médicales* (article Langue).
- BELL (J). — Surgical Works (Edimbourg 1880).
- CLARKE. — Diseases of the tongue.

- CRUET. — Hygiène et thérapeutique de la bouche.
- COURCHET (de Cannes). — Communication à la Société de Stomatologie (août 1906).
- DEMARQUAY. — *Dictionnaire JACCOUD* (article Langue).
- DUPUYTREN. — Clinique chirurgicale, 183.
- EYMERY. — Stomatologie.
- FREY. — Pathologie des dents.
- FORGUES. — Traité de pathologie externe.
- FOURNIER. — Chancre céphalique 1858.
- GAILLARD et NOGUÉ. — Traité de stomatologie (tome VIII). *In* article de L. DIEULAFÉ.
- GAMBERINI. — Traité des maladies de la langue (Bologna, 1879)
- GRALLEN. — L'Antiseptie buccale et Nasale. Thèse de Paris, 1894.
- GROSS. — A system of surgery, Philadelphie, 1872.
- GUBLER. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (article Bouche).
- HOLMES. — A system surgery, 1859.
- LANCEREAUX. — Traité de la syphilis.
- LUCKE. — Traité d'anatomie pathologique.
- LEFERT. — La pratique des maladies de la bouche et des dents dans les hôpitaux.
- LEDENTU et DELBET. — Traité de chirurgie (article Ulcération de la langue d'origine dentaire, par MORESTIN).
- MONOD. — Eléments de stomatologie.

MAUREL. — Maladies de la bouche.

PAGET. — Du diagnostic et du traitement des ulcérations de la langue, *Méd. Times And Gazette*, 1878.

REDIER. — Stomatologie.

RICORD. — Lettres sur la syphilis.

RODIER. — Communications à la Société de stomatologie (novembre 1906).

RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY. — Traité de pathologie externe.

TOMES. — A system of dental surgery.

TRICHET. — Ulcération d'origine dentaire. Thèse de Paris, 1883.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Préface.	9
Introduction	13
Observations	17
Anatomie Pathologique et Pathogénie.	45
Diagnostic	49
Evolution.	55
Traitement	57
Prophylaxie	61
Conclusions	63
Bibliographie.	65

